

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"

OUTORGANTE(S): Expedito Fontinele Linhares,
brasileiro(a), solteiro (estado civil), agricultor (profissão),
portador (a) da cédula de identificação RG nº 2151321-91,
devidamente inscrito no CPF sob nº 780.781.643-00 residente e
domiciliado no Sítio Boqueirão do São Gonçalo

OUTORGADO(S), CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o N° 31.972 e NATHANIEL MENDES DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 34.325, ambos com escritório situado à Rua Padre José Beviláqua, nº 022, Bairro Centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP 62300-000.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado, o outorgado acima qualificado, para o fim de representá-la com amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", em qualquer Fórum ou Tribunal, órgão ou instância administrativa Federal, Estadual ou Municipal, podendo propor contra quem de direito as ações cabíveis e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s), ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta na pessoa de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Viçosa do Ceará/CE, 07 de Março de 2014.



CPF nº 780.781.643-00

OBS: TENDO EM VISTA O OUTORGANTE SER PESSOA ANALFABETA, SEGUE ASSIM A PRESENTE PETIÇÃO COM ASSINATURA A ROGO, DEVIDAMENTE COMPROVADA POR MEIO DE DUAS TESTEMUNHAS INDICADAS PELA OUTORGANTE.

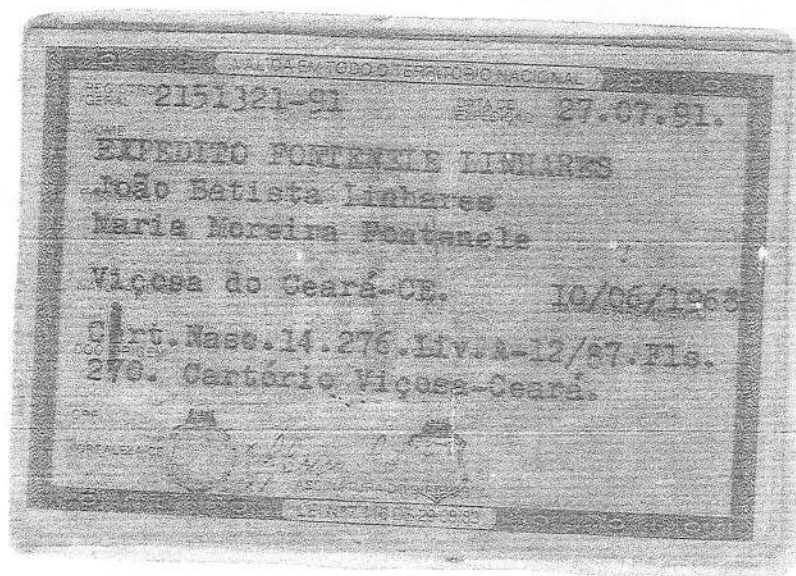
Paula Henriques da Silva
TESTEMUNHA 1

NOME:

CPF: 065.025.363-95

Miguel Carneiro Linhares
TESTEMUNHA 2

NOME: Miguel Carneiro Linhares
CPF: 049.145.423-66



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
EXPEDITO FONTENELE LIMA

Nº de Inscrição **780781643-00** Data de Nascimento **10/06/68**



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
EXPEDITO FONTENELE LIMA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : **15/06/96**

A DO CLIENTE
6739934-7
Para agilizar seu atendimento, sempre que entrar em contato conosco, informe o nº da conta.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Rua Padre Valdevino, 150
P 60135-010 Fortaleza CE
001-70 C 5.105.848-3
coelce
Grupo Enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | RESIDUAL
Rota 27 31142 01 096125 5 Data de Emissão 13/10/2016
Nome **EXPEDITO FONTENELE LINHARES**
End. Postal ST BOQUEIRAO SAO GONCALO 00000
AREA RURAL - VICOSA CEARA -
Medidor 1596974 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 780781643-00 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
Out/2016 13/10/2016 11/11/2016
INDIC DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto T. ANGUA
Mês Ago/2016 EUSD 8,32
Padrão Individual N.º de C. 0,00 D

ICMS
Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto
ISENTO
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
648F.F61B.37BB.6A32.70DA.896F.068C.0.12
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)
868 831 1,00 57 0,00 57 0,05699 20,34
12/10/16 12/09/16 11,06 57 20,34
DESCRIÇÃO VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES 20,34
MULTA MORATORIA REF 07/2015 0,34
CORREÇÃO MONETARIA DO MES 0,49
JUROS DO MES 1,00

VENCIMENTO 01/12/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 22,17
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 12,20
Transmissão 3,30
Distribuição 4,27
Encargos setoriais 2,20
Tributos (ICMS PIS/COFINS) 1,37
TOTAL 23,34
M D A S Set Ago Jul Jun Mai Abr Mar Fev Jan Dez Nov
57 50 53 49 52 48 42 49 57 48 57 47
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.
Emitido kg(CO₂) Compensado kg(CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)
24,64 0,00 0%

Informações importantes e avisos de vencimento
CONTAS EM ATRASO
AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
Informamos existir débitos vencidos e acrescidos legais até esta data, no valor de R\$ 65,18. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias, contados a partir da data de faturamento, vencida e não paga.
DÉBITOS ANTERIORES
Mes/Ano Valor (R\$)
09/2016 16,16
05/2016 30,31
06/2016 18,71

Consta desta fatura R\$ 1,37 referente a PIS e COFINS.
(Atividade Res. 100 2005 - ANEEL e Lei 10.637/02 10.803/04)

Nº do Cliente: 6739934-7
Data de Emissão: 13/10/2016
Referência: 13/10/2016
Total a Pagar (R\$): 22,17

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Expedito Fontinele Linhares, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão agricultor, portador(a) do RG nº 2151321-91 SSP/CE e CPF nº 780.781.643-00, filho de pai João Batista Linhares e mãe Maria Moreira Fontinele DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na St. Boqueiros de São Gonçalo, nº S/N, bairro Zona rural, na cidade de Vicosa do Ceará e ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Vicosa do Ceará e 07/03/2017.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Expedito Fontinele Linhares
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro
profissão agricultor, RG nº 2151321-91 SSP/CE
CPF nº 780.781.643-00, residente e domiciliado(a) na
St. Boqueirão de São Benedito SN, bairro Zona rural
na cidade de Vicosa do Ceará, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Vicosa do Ceará - a 07 de Março de 2017.



Assinatura

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

fls. 19

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 995 / 2014**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**Data / Hora da Comunicação: **21/07/2014 15:02:09**Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2014 21:55:09**Endereço da Ocorrência: **SITIO BOQUEIRÃO DO SÃO GONSALO**

Complemento:

Bairro: **NAO INFORMADO**Município: **VICOSA DO CEARA/CE**Ponto de Referência: **PRÓXIMO A CASA DO PAULO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **EXPEDITO FONTENELE LINHARES**Nascimento: **10/06/1968** CPF:RG: **215132191**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA MOREIRA FONTENELE****JOÃO BATISTA LINHARES**Endereço: **SITIO BOQUEIRÃO DO SÃO GONSALO**

Bairro:

CEP: **62.300-000**Município: **VICOSA DO CEARA/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

Noticiante(s)Nome: **EDILSON FONTENELE LINHARES**Nascimento: **25/07/1985** CPF:RG: **2003028025500**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **MARIA MOREIRA FONTENELE****JOÃO BATISTA LINHARES**Endereço: **SITIO BOQUEIRÃO DO SÃO GONSALO**

Bairro:

CEP: **62.300-000**Município: **VICOSA DO CEARA/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE SEU IRMÃO EXPEDITO FONTENELE LINHARES, TRAFEGAVA COM A MOTOCICLETA HONDA 125 TITAN, COR PRATA, PLACA HXK 5261, ANO E MODELO 2000/2001 CHASSI 9C2JC30201R022572, DE PROPRIEDADE DE MINGUEL CARNEIRO LINHARES, NA ESTRADA CARROÇAL DO SÍTIO BOQUEIRÃO DO SÃO GONSALO, ZONA RURAL DE VIÇOSA-CE, QUANDO ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, APÓS PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO EM UM CURVA, CHEGANDO ESTE A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÃO CORPORAL CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL EM ANEXO. ESTE B.O É PARA FINS DE DPVAT. QUA NADA MAIS DISSE, NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

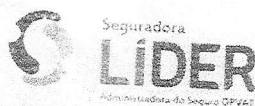
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/01/2017 14:17:56

870,00



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170088175 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EXPEDITO FONTENELE LINHARES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

BENEFICIÁRIO EXPEDITO FONTENELE LINHARES

CPF/CNPJ: 78078164300

Posição em 23-02-2017 15:00:41

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/02/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A G

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

- Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/10/2019 às 14:27, sob o número 00502134320198060182. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050213-43.2019.8.06.0182 e código 55F4303.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Ex-pedito Fortenele Lanhans

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

10/07/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

10/07/14

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Ex-pedito Fortenele Lanhans

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura do braço (D)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

submetido à cirurgia do braço (D)

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
CASO POSITIVO DESCREVER:

☐ SIM

☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

- 1º fratura do braço c/ diminuição de força e ADM
- 2º
- 3º
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Tauquir

LOCAL

27, 02, 15

DATA

Dr. Danilo Arruda
Ortopedia e Trauma
CRM-SP 147.352

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

2 - CNES

4 - CNES

2 5 6 0 8 7

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Exedite Jotinho LIMA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/06/68

6 - ME DO PRONT

15311

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Moreira

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Riquelme São Gonçalo

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Vitoria do Brasil

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

quite amarelado e - em de m
muita.

23 12 16

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Vol. Culpw

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. Amido e m (TMA) R de m d

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

R + m. m d

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Amido + Vol. Culpw

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014108050517

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSIST

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Margel Pita

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/14

32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONS

Dr. Margel Pita

Ortopedista e Traumatologista

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRI

34 - () ACIDENTE TRABALHO TIPOO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITA

Luis Antonio Lima Souto

UROLOGIA

CRM 9357

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

231410312426

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/10/2019 às 14:27, sob o número 00502134320198060182. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050213-43.2019.8.06.0182 e código 55F4305.